SERVICES POSTHOSPITALIERS

DE RÉADAPTATION ET DE CONVALESCENCE

PARAMÈTRES D'ORGANISATION DES SERVICES

Québec

SERVICES POSTHOSPITALIERS

DE RÉADAPTATION ET DE CONVALESCENCE

PARAMÈTRES D'ORGANISATION DES SERVICES

Document adopté par le Conseil Administration
le 25 janvier 2005

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

106-06172/

Production
Service de la planification et du développement stratégique
Direction Ressources humaines, information et planification
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Rédaction
Martine Cloutier, conseillère

Collaboration à la rédaction
Claire Amyot
Michèle Bérubé
Julie Boucher
Monique Chicoyne
Raymond Fortin
Nathalie Trudelle

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Québec

Dépôt légal Bibliothèque Nationale du Québec, 2005
ISBN : 2-89510-232-5

Ce document est disponible

- aux Services documentaires de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, téléphone (514) 286-5604
  Prix : 4,00 $
- sur le site Web de l'Agence de Montréal : www.santemontreal.qc.ca

Note : Le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document a été réalisé en collaboration avec le ***comité consultatif sur l'organisation des services posthospitaliers de réadaptation et de convalescence*** et le ***comité des centres hospitaliers référents***, lesquels étaient constitués des personnes suivantes :

Comité consultatif :

Lyne Bégin, CSSS Verdun/Côte St-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles
Manon Charpentier, CSSS La Petite Patrie et Villeray
Céline Crowe, Institut Universitaire de gériatrie de Montréal
Jean-Pierre Cyr, CSSS Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont
Christianne Cyr-Stafford, Hôpital Marie-Clarac
Lucie Delwaide, CSSS Jeanne-Mance
Louise Deschamps, CSSS de l'Ouest-de-l'Île
Jacques Fortin, CSSS Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension
Daniel Hétu, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Louise Hudon, Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut
Cally Kearney, CSSS Cavendish
Rosanne Lachance, CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord
Hazel Lefebvre, Hôpital Villa Médica
Claire Marcouiller CSSS Nord de l'Île et Saint-Laurent
Marc Prénovost, Institut de réadaptation de Montréal
Josée Proulx, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Denyse Saey, CSSS LaSalle et Vieux Lachine
Danielle Sasseville, CSSS Pointe-de-l'Île
Vincent Tam, Hôpital de réadaptation Lindsay
Nancy Tremblay, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Comité des centres hospitaliers référents :

Diane Boyer, Centre hospitalier Fleury
Carole Common, Centre universitaire de santé McGill
Lucie Craig, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Yves Desjardins, Hôpital Jean-Talon
Sylvie Douyon, Hôpital général du Lakeshore
Josée Fournier, Centre hospitalier de Verdun
Myriam Giguère, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Anne-Marie Lejeune, Centre hospitalier de Lachine
Charlotte L'Heureux, Centre hospitalier de LaSalle
Normand Lorrain, Institut de cardiologie de Montréal
Suzanne Lussier, Hôpital Santa Cabrini
Joanne Pike, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
Pierrette Rolland, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Carole St-Pierre, CH de St. Mary

La consolidation de l'organisation des services de réadaptation et de convalescence dans la région de Montréal s'appuiera sur les paramètres présentés ci-dessous. Ces derniers sont en grande partie issus des balises ministérielles associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Il est en effet important de souligner que cette consolidation des services s'inscrit dans le contexte de la création des CSSS. Leur responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services servent de toile de fonds à l'identification des paramètres d'organisation des services. Une recherche documentaire vient également appuyer certaines des orientations privilégiées.

Cette consolidation de l'organisation des services de réadaptation et de convalescence poursuit essentiellement l'objectif suivant :

Que suite à une hospitalisation, tous les usagers qui le nécessitent aient accès à la convalescence ou aux services de réadaptation requis :

- dans un délai approprié,
- avec une intensité de services correspondant à leurs besoins,
- pendant la durée nécessaire,
- selon des pratiques basées sur l'évidence scientifique,
- au meilleur coût possible.

Les paramètres s'appliquant à toutes les clientèles susceptibles de nécessiter des services de réadaptation et de convalescence sont d'abord identifiés. Viennent ensuite des paramètres visant spécifiquement à la clientèle AVC et à la clientèle PTH-PTG.

1. Les paramètres généraux s'appliquant à toutes les clientèles adultes

Toute la population de la région doit avoir un accès équitable aux services de réadaptation et aux ressources de convalescence, quel que soit son lieu de résidence.

Le rôle des CSSS :

Les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services développées par le MSSS prévoient qu'« un maximum de services sociaux, de santé et de réadaptation, spécialisés, soient déconcentrés sur le territoire local »[1]. Les balises précisent que la prise de décision à cet égard doit être effectuée en tenant compte de facteurs relatifs aux besoins de la clientèle, aux professionnels requis, à la garantie de qualité des services et aux coûts.

Ainsi :

- ▷ Lorsque approprié, l'offre de service de réadaptation et de convalescence est déconcentrée sur chaque territoire. Les services seront dispensés par les CSSS ou par le biais d'ententes de services entre les CSSS et d'autres établissements.
- ▷ Pour certaines clientèles, les services ne sont pas déconcentrés dans les douze territoires compte tenu des facteurs suivants :
  - les volumes de clientèle requis pour développer et maintenir une expertise de pointe;
  - le nombre de professionnels disponibles dans la région;
  - le rapport « coût-bénéfice » de la déconcentration.

---

[1] MSSS. *L'intégration des services de santé et des services sociaux Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, février 2004, p.9.

- Un équilibre est à établir entre les critères de « proximité des services » et de « masse critique » requise.

L'accès aux services :

- Chaque CSSS doit prévoir une porte d'entrée unique où est référée la clientèle en besoin de convalescence ou de réadaptation.
- Des outils et critères uniformes doivent être utiliser pour orienter la clientèle vers la ressource la plus appropriée selon sa condition.

Les besoins de la clientèle :

- Pour une même clientèle, les critères d'admissibilité aux services seront uniformisés au niveau de tous les CSSS.
- L'organisation des services doit tenir compte des besoins relatifs des différentes clientèles à desservir (exemple : orthopédie versus convalescence versus neurologie).
- L'organisation des services doit permettre la desserte de toutes les clientèles présentant des besoins de convalescence ou de réadaptation. Elle ne doit pas faire en sorte que les clientèles présentant les besoins les plus importants ou pour lesquelles des durées de séjour prolongées sont envisagées soient maintenues dans des lits de courte durée alors qu'elles ne nécessitent plus un tel niveau de services.
- Les clientèles orientées vers les ressources de convalescence et de réadaptation doivent l'être suite à une évaluation qui démontrent qu'elles présentent de tels besoins et qu'elles pourront bénéficier des services offerts.

Les modalités de dispensation des services :

- On doit prévoir des structures de dispensation de services variées pour répondre aux besoins diversifiés de la clientèle :
  - services à l'interne dans un lit de réadaptation ou de convalescence[2];
  - services à l'interne dans un lit d'hébergement temporaire de convalescence[2], en y ajoutant si requis des services de réadaptation;
  - services externes;
  - services à domicile.
- On doit favoriser le recours à la structure la mieux adaptée aux besoins de l'usager et la moins coûteuse :
  - Lorsque les besoins de l'usager ne justifient plus le recours à un lit de soins aigus, on doit favoriser l'utilisation d'un autre type de ressource.
  - Le retour à domicile de l'usager doit être favorisé dès que possible avec les services requis à domicile le cas échéant, notamment pour supporter les proches;
  - Lorsque le recours à un lit de réadaptation ou de convalescence est nécessaire, on doit viser les durées de séjour les plus courtes possible en privilégiant la desserte de la clientèle sur une base externe;
  - Les services de réadaptation requis par la condition de l'usager sont offerts à son domicile seulement si l'usager ne peut se déplacer vers un programme de services externes et que le rapport coût-bénéfice d'une telle approche le justifie[3].
- L'offre de service externe de réadaptation doit s'accompagner d'un support au niveau du transport pour les usagers qui le nécessitent. La contribution exigée des usagers doit être uniforme dans la région.
- Il appartient à chaque CSSS de définir l'offre de service de réadaptation et de convalescence à privilégier dans la mesure où elle respecte les paramètres identifiés régionalement.

---

2 Si requis, l'appellation des lits de convalescence sera revue.

3 À moins que la nature des services requis fasse en sorte qu'ils doivent être offerts à domicile.

- L'offre de service de chaque CSSS doit être flexible pour permettre son adaptation aux différents besoins fluctuant des clientèles à desservir (domicile, externe, CHSLD, réadaptation).

L'âge de la clientèle :

- L'organisation des services est sans égard à l'âge de la clientèle. Toutefois, elle doit tenir compte :
  - des besoins particuliers des clientèles jeunes qui présentent des incapacités persistantes, compte tenu que leurs habitudes de vie et rôles sociaux peuvent être fort différents de ceux de la clientèle âgée et donc nécessiter des interventions d'un autre ordre en réadaptation,
  - Des besoins particuliers de certaines clientèles « gériatriques » présentant une comorbidité importante.

La continuité des services :

- Les services doivent être coordonnés de la courte durée jusqu'au retour dans la communauté.
- La planification des services doit prévoir des interventions en courte durée pour prévenir le déconditionnement chez les personnes âgées hospitalisées.
- Lorsque pertinent, des protocoles cliniques basés sur des données probantes sont utilisés.
- Les services doivent intégrer une préoccupation de prévention secondaire (ex : préventions des chutes ou prévention d'un autre AVC).

La région de Laval et les autres régions :

- Des ententes seront prises avec la région de Laval pour l'orientation des clientèles vers les établissements de Montréal et vers l'Hôpital Juif de réadaptation.
- Sauf pour les clientèles pour lesquelles les établissements de la région disposent d'un mandat suprarégional, les usagers des autres régions administratives seront orientés vers leur région d'origine pour recevoir les services de réadaptation et de convalescence requis par leur condition.

Les RUIS : rencontre à prévoir.

2. Les paramètres s'appliquant aux services à la clientèle ayant subi un AVC

Une recherche documentaire a guidé l'établissement des paramètres sur lesquels devrait s'appuyer l'organisation des services à la clientèle ayant subi un AVC. La liste des documents consultés est jointe en annexe. Les travaux de l'*Heart and Stroke Foundation of Ontario* et du *Greater Toronto Area Rehabilitation Network* ont été particulièrement utilisés.

Cette recherche a permis de dégager les principaux éléments suivants :

- La mise en place d'un réseau structuré et coordonné de services aux personnes ayant subi un AVC est un élément fondamental pour garantir la dispensation de services efficaces et de qualité.
- Au niveau des soins aigus, les personnes ayant subi un AVC devraient être prises en charge dans une unité dédiée à cette clientèle qui, entre autres, lui offrira des services de réadaptation précoce.
- Les personnes ayant subi un AVC, lorsque nécessaire, devraient avoir accès à des services spécialisés et interdisciplinaires de réadaptation.
- Les personnes ayant subi un AVC devraient être transférées des soins aigus en réadaptation dès qu'elles sont médicalement stabilisées.
- Les services de réadaptation devraient être offerts selon une intensité de services adaptée aux besoins de la clientèle.
- Des critères d'orientation doivent être utilisés pour orienter l'usager vers la ressource qui lui offrira la nature et l'intensité de services appropriée à sa condition.
- Des services externes de réadaptation interdisciplinaires et spécialisés devraient être disponibles et certains usagers peuvent y être orientés directement des soins aigus, sans transiter par une unité interne de réadaptation.
- On doit tenir compte des besoins particuliers des jeunes.

À la lumière de ces informations, les paramètres d'organisation de services suivants sont proposés :

- Des CH de soins aigus sont identifiés pour mettre en place des « unités AVC » qui offrent, entre autres, des services de réadaptation précoce.
- Des établissements sont identifiés pour offrir des services de réadaptation à la clientèle ayant subi un AVC :
  - les établissements sont dotés d'une équipe interdisciplinaire spécialisée dédiée à la clientèle AVC,
  - l'offre de service permet de répondre aux besoins variés de la clientèle en termes d'intensité de services, incluant les besoins de la clientèle à récupération lente (slowstream),
  - un établissement est identifié spécifiquement pour desservir la clientèle « jeune »,
  - des établissements ou des lits sont identifiés pour accueillir une clientèle gériatrique présentant de multiples conditions associées ou une comorbidité importante,
  - les autres clientèles avec des conditions neurologiques en besoin de réadaptation sont également desservies par ces établissements, sauf les clientèles TCC et blessés médullaires (traumatique ou non) qui sont concentrées à l'IRM.
- Dans le but de développer et maintenir un haut niveau d'expertise au plan clinique, les établissements identifiés régionalement pour offrir des services à cette clientèle développent un réseau de services (network) à la clientèle AVC en collaboration avec les CSSS et les organismes impliqués auprès de la clientèle.
- Les CSSS sont impliqués dès le séjour de l'usager en courte durée et pendant tout son cheminement jusqu'à son retour à domicile ou son hébergement dans un milieu de vie substitut. Ils offrent les services de soutien à l'intégration requis par cette clientèle, notamment les services à domicile et les services de centres de jour.

3. Les paramètres s'appliquant aux services à la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou

Une étude de l'*Institute for Clinical Evaluative Sciences* (2004) précise que :

- Une partie des usagers ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou nécessitera un séjour en réadaptation suite à la chirurgie.
- Un âge avancé, le fait de vivre seul et la comorbidité constituent des caractéristiques associées à l'utilisation de lits de réadaptation.
- Les variations dans le type de services de réadaptation requis en postchirurgie, peuvent également être influencées par les pratiques professionnelles et la disponibilité des ressources de réadaptation.
- Bien qu'il n'y ait pas d'essai clinique randomisé à cet égard, des études prospectives conduites aux États-Unis concluent à l'atteinte de résultats similaires avec des services de réadaptation offerts en internat ou à domicile.

Ainsi, en plus des paramètres identifiés précédemment, pour la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou dans un contexte électif :

- les services doivent être offerts dans le cadre d'un protocole standardisé décrit dans le cadre de référence et le continuum de soins et services élaboré pour cette clientèle[4];
- la durée moyenne de séjour en soins aigus doit se situer entre 5 et 7 jours;
- le retour à domicile des usagers après la chirurgie, sans admission en CHR, doit être ***le parcours habituellement envisagé pour tous les usagers*** sauf pour ceux qui ne rencontrent pas les conditions identifiées dans le cadre de référence.

Pour actualiser ces orientations et poursuivre l'implantation du cadre de référence mentionné ci-haut, un groupe de soutien de l'agence est mis en place. Il est constitué d'un représentant de chaque direction, dont la direction des affaires médicales. Le mandat de ce groupe est de :

- Identifier le degré actuel d'atteinte des résultats.
- Faire état de la situation pour chaque CH et CSSS où sont effectuées les chirurgies.
- Valider les orientations avec les orthopédistes et autres cliniciens.
- Identifier avec les CH et les CSSS les facteurs entravant l'atteinte des résultats.
- Convenir des stratégies à utiliser et des interventions à effectuer pour atteindre les résultats escomptés.
- Effectuer les interventions requises ou s'assurer que les établissements prennent les actions requises pour atteindre les résultats visés.
- Documenter les facteurs qui justifient l'orientation de certains usagers vers les CHR.
- Développer un outil de monitoring des résultats pour transmission mensuelle au MSSS.
- Assurer le suivi et le monitoring de la situation.
- Participer aux travaux d'élaboration du plan de consolidation des services posthospitaliers.

Le Service de la planification et du développement stratégique est responsable des travaux concernant la réorganisation des services posthospitaliers, incluant l'offre de service à la clientèle ayant subi une PTH ou PTG. Ces travaux se poursuivront en synergie avec le groupe de soutien

---

[4] Régie régionale de Montréal-Centre. *Continuum de soins et de services Arthroplastie totale de la hanche et du genou CHSGS-CLSC-CHR-Médecins*, décembre 2003.
Régie régionale de Montréal-Centre. *Cadre de référence Arthroplastie totale de la hanche et du genou CHSGS-CLSC-CHR-Médecins*, décembre 2003.

ce qui permettra une livraison accélérée de plan de consolidation en ce qui a trait à la clientèle bénéficiant d'arthroplasties de la hanche ou du genou.

Les échéanciers des travaux

Activités	Échéanciers
Préparation du plan d'action par l'Agence	Novembre
Proposition du plan d'action Agence-CHSGS-CSSS-CHR	Décembre
Mise en œuvre du plan d'action	Janvier
État de situation régional pour chaque CHSGS-CSSS	Janvier
Identification des interventions requises au plan régional et au niveau d'établissements ciblés.	Janvier Février Mars
Mise en application de la stratégie d'intervention.	
Réévaluation de la situation	Juin 2005

Bibliographie

AMERICAN HEART ASSOCIATION. « There's no place like home for stroke rehabilitation », *Science Blog*, [En ligne], 2000.
[http://www.scienceblog.com/community/older/2000/A/200000510.html] (17 novembre 2004)

ANDERSON, Craig, et autres. « Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial : Health outcomes at Six Months », *Stroke*, [En ligne], 2000;31(5):1024-31.
[http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/31/5 024] (24 novembre 2004)

ARCAND, Marcel, et Réjean HÉBERT. *Précis pratique de gériatrie*, 2e éd., (s. l.), Maloine, 1997, 880 p.

BEAUDET, Line, et autres. « AVC aigu : Les soins infirmiers à l'unité d'intervention *L'Avant-Garde, Le journal des soins infirmiers du CHUM* », vol. 3, no 2, [En ligne], Hiver 2002.
[http://www.chumontreal.qc.ca/pdf/ag_vol3_no2.pdf] (novembre 2004)

CAMERON, I., et autres. Geriatric rehabilitation following fractures in older people : a systematic review, Basingstoke, The National Coordinating Center for Health Technology Assessment, [en ligne], 2000, 121 p.
[http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/fullmono/mon402.pdf] (29 novembre 2004)

THE COCHRANE LIBRARY. *Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients*, [en ligne], 2001.
[http:/www.update-software.com/abstracts/ab000443.htm] (24 novembre 2004)

CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL. *Soins des personnes âgées en perte d'autonomie*, [En ligne], 1997.
[http://www.cusm.ca/construction/documentation/ppg/16/] (29 novembre 2004)

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS AND HEALTH AFFAIRS. *VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation*, [En ligne], 2003, Washington, DC.
[http://www.oqp.med.va.gov/cpg/STR/STR_GOL.htm] (Novembre 2004)

THE EUROPEAN STROKE INITIATIVE EXECUTIVE COMMITTEE AND THE EUSI WRITING COMMITTEE, «European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-Update 2003», *Cerebrovasc Dis*, [En ligne], 2003; 16:311-337.
[http://www.eusi-stroke.com/l3_pdf/EUSI2003_Cerebrovasc_Dis.pdf] (novembre 2004)

THE EUROPEAN STROKE INITIATIVE EXECUTIVE COMMITTEE, *Organisation of Stroke Care :Education, Stroke Units and Rehabiliation*, [En ligne], 2000.
[http://www.eusi-stroke.com/recommendations/rc_organization1.shtml] (24 novembre 2004)

FORSTER Anne, John YOUNG, Peter LANGHORNE. « Systematic review of day hospital care for elderly people », BMJ, [en ligne], 1999;318:837-841 (27 March).
[http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/318/7187/837] (25 novembre 2004)

GREATER TORONTO AREA REHABILIATION NETWORK. *Low Tolerance Long Duration Stroke Rehabilitation Initiative Report*, [en ligne], 2004, 27 p.
[http:/www.gtarehabnetwork.ca/downloads/rpt-LTLD-june2004.pdf] (novembre 2004)

GREATER TORONTO AREA REHABILITATION NETWORK. *Inventory of Ambulatory and In Home Stroke Rehabilitation in the GTA*, [En ligne], 2003, 23 p.
[http://www.gtarehabnetwork.ca/downloads/rpt-stroke-feb03.pdf] (novembre 2004)

GREATER TORONTO AREA REHABILITATION NETWORK. *Needs Assessment and Plan for integrated Stroke Rehabilitation in the GTA*, En ligne], 2002, 30 p. [http://www.gtarehabnetwork.ca/pubreport.asp#] (novembre 2004)

GRESHAM, Glen E., et autres. « Rehabilitation », *Stroke*, [En ligne], 1997;28:1522-1526. [httpp://stroke.ahajournal.org/cgi/content/full/28/7/1522] (11 novembre 2004)

HEART AND STROKE FOUNDATION OF NOVA SCOTIA. *Reorganizing Stroke Care in Nova Scotia*, [En ligne], [s.d.], 65 p. [http://ww2.heartandstroke.ca/Images/English/NSStrokeStrategy.pdf] (novembre 2004)

HEART AND STROKE FOUNDATION OF ONTARIO. *Coordinated Stroke Strategy, Moving Toward a Regional Stroke Rehabilitation System*, [en ligne], [s.d.], 35 p. [http://209.5.25.171/ClientImages/1/CSSMoving.pdf] (novembre 2004)

HEART AND STROKE FOUNDATION OF ONTARIO. *Rehabilitation Management*, [en ligne], 2003. [http://209.5.25.171/ClientImages/1/Rehab%20Management.pdf] (novembre 2004)

HEART AND STROKE FOUNDATION OF ONTARIO. *Stroke Rehabilitation Consensus Panel Report*, [en ligne], 2000, 99 p. [http://209.5.25.171/ClientImages/1/CSSSRCPR.pdf] (novembre 2004)

HOENIG, H., N. NUSBAUM, K. BRUMMEL-SMITH. « Geriatric rehabilitation: state of the art », J Am Geriatr Soc. [en ligne], 1997 Nov;45(11):1371-81. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&dopt=abstract &list_uids=98027758] (25 novembre 2004)

HUUSKO, Tiina M. « Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia », *BMJ*, [en ligne], 2000; 321:1107-1111. [http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/321/7269/1107] (29 novembre 2004)

IRISH HEART FOUNDATION. *Stroke Care, Toward excellence in stroke care in Ireland*, [En ligne], 2000. [http://www.irishheart.ie/iopen24/catalog/pub//Stroke%20Care.pdf] (novembre 2004)

JAGLAL, S.B., C. MACKAY ET L. CORRIGAN. *Rehabilitation for total joint replacement*. Dans: Arthritis and related conditions in Ontario: ICES Research Atlas, 2e édition, Toronto, 2004, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 146 p. [http://www.acreu.ca/pdf/ICES_atlas-ch7.pdf] (novembre 2004)

KAETHLER, Yvonne, et autres. « Defining the concept of frailty : A survey of multi-disciplinary health professionals », *Geriatric Today: Journal of the Canadian geriatric society*, vol. 6, no. 1, [En ligne], février 2003, p. 26-31. [http://www.canadiangeriatrics.ca/pubs/GTSept2003/GTSept2003_pp158.pdf] (4 février 2005)

KALRA, L., P. Dale et P. Crome. « Improving stroke rehabilitation. A controlled study », *Stroke*, [En ligne], vol. 24, 1462-1467, 1993. [httpp://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/24/10/1462] (24 novembre 2004)

KALRA, L., Judith Eade. « Role of stroke units in managing severe disabilité after stroke », *Stroke*, [En ligne], 1995;26:2031-2034. [httpp://stroke.ahajournal.org/cgi/content/abstract/26/11/2031] (24 novembre 2004)

KASTE Markus, Heikki PALOMÄKI et Seppo SARNA. « Where and How Should Elderly Stroke Patients Be Treated?-A Randomized Trial », *Stroke*, [En ligne], 1995;26:249-253. [http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/26/2/249] (11 novembre 2004)

KNOEFEL, Frank D., et autres. «A comparison of functional independence and medical complexity in geriatric and physical medicine rehabilitation in-patients», *Geriatric Today: Journal of the Canadian geriatric society*, vol. 6, no. 2, [En ligne], Mai 2003, p. 90-94. [http://www.canadiangeriatrics.ca/pubs/GTMay2003/90-94.pdf] (25 novembre 2004)

KNOEFEL, Frank, et Louise PATRICK. « Improving Outcomes in Geriatric rehabilitation : The Impact of reducing Cumulativ Illness », *Geriatrics Today*, [en ligne], 2003, 6, 153-157. [http://www.canadiangeriatrics.ca/pubs/GTSept2003/GTSept2003_pp153.pdf] (novembre 2004)

LEGG L., et P. LANGHORNE. « Evidence behind stroke rehabilitation », *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, [En ligne], 2003; 74:iv18. [http://jnnp.bmjjournals.com/cgi/content/full/74/suppl_4/iv18] (24 novembre 2004)

LOW, J.T.S., Paul RODERICK et Sheila PAYNE. « Clinical Rehabilitation », *An exploration looking at the impact of domiciliary and day hospital delivery of stroke rehabilitation on informal carers*, [En ligne], October 2004, vol. 18, no. 7, pp 776-784. [htpp://www.ingentaconnect.com/content/arn/cr/2004/00000018/00000007/art00008] (24 novembre 2004)

MAYO, Nancy E., et autres. « Nonmedical Bed-days for Stroke Patients Admitted to Acute-Care Hospitals in Montreal, Canada », *Stroke*, [En ligne], 1997;28:543-549. [httpp://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/28/3/543] (29 novembre 2004)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. « L'intégration des services de santé et des services sociaux Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux », Québec, février 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE (2000). *Rapport du groupe de travail mixte sur la stratégie de prévention des accidents cérébrovasculaires*, Ontario, [En ligne], 2000, 133 p.. [http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/strokef/strokereportf.pdf] (11 novembre 2004)

MINISTRY OF HEALTH AND LONG CARE-TERM et HEART AND STROKE FOUNDATION OF ONTARIO. *Terms of Reference for the Joint stroke strategy working group and task groups* , [En ligne], 2000. [www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/strokef/stroke_rnnf.html] (11 novembre 2004)

MOON, Lynelle, et autres. *Stroke care in OECD Countries : A Comparison of treatment, Costs and Outcomes in 17 Countries*, Paris, [en ligne], 2003, 102 p. [http://www.oecd.org/dataoecd/10/46/2957752.pdf] (novembre 2004)

MORIN, Jacques, et Yvan LEDUC. « Lève-toi et marche ! », *Le Médecin du Québec*, volume 39, numéro 6, juin 2004, p 89-94.

OFFICE CANADIEN DE COORDINATION DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ. *Examen clinique et économique des services de réadaptation après un AVC*, [En ligne], 2003, 20 p. [http://ccohta.ca/publications/pdf/263_stroke_ov_f.pdf] (novembre 2004)

PAOLUCCI, Stefano, et autres. «Aging and Stroke Rehabilitation: A case Comparison Study», *Cerebrovascular disease*, [En ligne], Karger Publishers vol. 15, No. 1-2, 2003, p 1-2. [http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Doi=67137] (24 novembre 2004)

PAOLUCCI S., G. et autres. « Early versus delayed inpatient stroke rehabilitation : a matched comparison conducted in Italy », *Arch Phys Med Rehabil.* [En ligne], 2000, Jun; 81 (6):695-700. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10857508&dopt=Abstract] (24 novembre 2004)

PHILLIPS, Stephen J. et autres. « Description and evaluation of an acute stroke unit », *Canadian Medical Association Journal*, [En ligne], September 17, 2002; 167 (6). [htpp://www.cmaj.ca/cgi/content/full/167/6/655] (24 novembre 2004)

RADER, M.C., et J. L. VAUGHEN. « Management of the frail and deconditionned patient », *South Med J.*, [en ligne], 1994, May; 87 (5): S61-5.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8178204&dopt=Abstract] (29 novembre 2004)

RODGERS H. et autres. « Early supported hospital discharge following acute stroke », *Clinical Rehabilitation,* [En ligne], 1997,.Nov; 11(4):280-7.
[htpp://www.strokecenter.org/trials/TrialDetail.asp?ref=174] (24 novembre 2004)

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIAN. *National Clinical Guidelines for Stroke : Second Edition,* London (Great Britain), [En ligne], 2004, p 13-28.
[http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/stroke/stroke_guidelines_2ed.pdf] (novembre 2004)

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. *Management of patient with stroke: Rehabilitation, prevention and Management of Complications, and Discharge Planning,* [En ligne], 2002, Edinburgh (Scotland), 47 p.
[http://www.sign.ac.uk/pdf/sign64.pdf] (novembre 2004)

STROKE FOUNDATION NEW ZEALAND. *Life after stroke: New Zealand guideline for management of stroke, Best practice evidence-based guideline*, [En ligne], 2003, 83 p.
[http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0037/ACF291F.pdf] (novembre 2004)

SWI, Weiss, et autres. « Allocation and preference of patients for domiciliary or institutional rehabilitation after a stroke », *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 27, no 2, [En ligne], 2004.
[http://www.strokesurvivors.ca/PDF%20LINKS/Institutional%20or%20home%20rehab%20June%202004.pdf] (novembre 2004)

TEASELL, Robert, et autres. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation,* 5th Edition, [En ligne], 2004.
[http://www.ebrsr.com/index_home.html] (novembre 2004)

TEASELL, RW., M.P. McRae et H.M. Finestone. « Social issues in the rehabilitation of younger stroke patients », *Arch Phys Med Rehabil.*, [En ligne], 2000, Feb;8(2):205-9.
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=10668776&dopt=Abstract] (24 novembre 2004)

TENG, Josephine, et autres. « Cost and Caregiver Consequences of Early Supported Discharged for Stroke Patients », *Stroke*, [En ligne], 2003;34:528.
[http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/34/2/528] (17 novembre 2004)

TINETTI, M.E. « Home-based multicomponent rehabilitation program for older persons after hip fracture: a randomized trial », *Arch Phys Med Rehabil.*, [en ligne], 1999, Aug;80(8):916-22.
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10453768] (29 novembre 2004)

WAN-CHOW-WAH, Doreen, et autres. « Impact of Hospitalization in the Frail Elderly: A Prelimanary Study », *Geriatrics Today*, [en ligne], 2003, 6, 158-160.
[http://www.canadiangeriatrics.ca/pubs/GTSept2003/GTSept2003_pp158.pdf] (novembre 2004)

WELLS, J. L., et autres. « State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment», *Arch Phys Med Rehabil.*, [en ligne], 2003 Jun;84(6):890-7.
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12808544&dopt=Abstract] (novembre 2004)

WELLS, J. L., et autres. « State of the art in geriatric rehabilitation. Part II: clinical challenges», *Arch Phys Med Rehabil.*, [en ligne], 2003 Jun;84(6):898-903.
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12808545&dopt=Abstract] (novembre 2004)